致：黎川县妇计中心

## 设

## 备

## 咨

## 询

## 文

## 件

  **项目名称：**

## **项目编号：**

**品 牌：**

**报名供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 设备咨询响应函 |  |
| 2 | 报价一览表 |  |
| 3 | 设备相关耗材 |  |
| 4 | 设备注册寿命或说明书规定使用年限证明资料 |  |
| 5 | 制造商授权书 |  |
| 6 | 供应商资格证明文件 |  |
| 7 | 货物制造商资格证明文件 |  |
| 8 | 国内二甲及以上医院客户名单及其同型号设备的合同复印件或中标通知书 |  |
| 9 | 设备彩页 |  |
| 10 | 评分标准 |  |

## 一、设备咨询响应函

致：黎川县妇计中心

 （响应供应商名称）系中华人民共和国合法企业，我方就参加本次设备咨询有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受设备咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或 隐瞒，我方愿意承担一切法律责任。

**三、我方承诺，包含但不限于设备咨询、院内采购、院内招标、 政府采购等方式与医院有业务往来，所有设备、器械等产品在相同配 置条件下的成交价为全省最低价。**

四、我方承诺，以后的设备采购不高于此次设备咨询结果，设备性能 参数、配置、维保不低于此次设备咨询结果。

五、与此次设备咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 二、 响应货物报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目 | 货物名称 | 品牌 | 型号 | 数量及单位 | 单价（万元） | 保修期限 | 设备注册寿命或说明书规定使用年限 | 制造商名称 | 医疗器械注册证号 |
| 一 | XX设备 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二 | XX设备 |  |  |  |  |  |  |  |  |

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

设备制造商技术支持联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商（公章）                                      时间：  年 月 日

## **三、设备相关耗材**

**试剂、耗材及常用配件/易损件报价（提供江西省省标及抚州市市标中标价、中标编号、医用耗材代码，是否为专机专用耗材，二甲及以上医院收费项目及金额，耗材每人份/每次金额，以及其他二甲及以上医院供货发票复印件等）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **试机/耗材名称****医用耗材代码** | **省标价/中标编号** | **市标价/中标编号** | **是否专机专用** | **收费项目/金额** | **金额/人次** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **配件/易损件名称** | **单价** | **保修时间** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

## 四、设备注册寿命或说明书规定使用年限证明资料

（注:“设备注册寿命或说明书规定使用年限”指机器设计或注册时确定的机器使用期限，提供说明书或机身铭牌截图证明。）

## 五、制造商（进口设备为代理人授权）授权书

致:黎川县妇计中心

             （响应供应商法定代表人名称）是          （响应供应商名称）的法定代表人，特授权              （被授权人姓名及身份证代码）               表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、设备咨询、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年  月   日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**   粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）**     |

## 六、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证。

2、医疗器械经营企业许可证或医疗器械经营企业备案凭证

## 七、设备咨询人资格证明文件

制造商营业执照、所投产品的医疗器械生产许可证或医疗器生产备案登记凭证

**八、国内二甲及以上医院客户名单及其同型号设备的**

**合同复印件或中标通知书**

**九、设备彩页**

**十、评分标准**

|  |  |
| --- | --- |
| 价格分（ 分） | 价格分的计算:投标报价得分=(评标基准价/投标报价)XXXX100 满足招标文件要求且投标报价最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。(①计算分值时，百分比按四舍五入原则，保留小数点后二位数。②因落实政府采购政策进行价格折扣调整的，以调整后的价格折扣计算评标基准价和投标报价) |
| 技术分（ 分） | 必须注明每项评分因素的得分依据或佐证材料 |
| 商务分（ 分） | 必须注明每项评分因素的得分依据或佐证材料 |